様式第36号(第34条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

常総市長　様

次のとおり関係書類を添えて，食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 |
| 入所(院)年月日(※) |  | (※)介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートステイを利用している場合は，記入不要です。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配偶者の有無 | 有　・　無 | 左記において「無」の場合は，以下の「配偶者に関する事項」については，記載不要です。 |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 |  |
| 　　　連絡先 |
| 本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合） |  |
|  |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　課税　・　非課税 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | □ | ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | 受給している全ての年金の保険者に○をしてください。　日本年金機構地方公務員共済国家公務員共済私学共済 |
| □ | ③市町村民税世帯非課税者であって，課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額，その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。　**（受給している年金に〇をしてください）**※　寡婦年金，かん夫年金，母子年金，準母子年金，遺児年金を含みます。以下同じ。 |
| □ | ④市町村民税世帯非課税者であって，課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額，その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え，120万円以下です。 |
| □ | ⑤市町村民税世帯非課税者であって，課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額，その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 |
| 預貯金等に関する申告※通帳等の写しは別添 | □ | 預貯金，有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円），③の方は650万円（同1650万円），④の方は550万円（同1550万円），⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。※第２号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合，③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 |
| 預貯金額 | 円 | 有価証券（評価概算額） | 円 | その他(現金・負債を含む） | （　　　　　　）※ 　　　　円※内容を記入してください。 |

申請者が被保険者本人の場合には，下記について記載は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先（自宅・携帯電話） |
| 申請者住所 | 本人との関係 |

注意事項

(1)　この申請書における「配偶者」については，世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。

(2)　預貯金等については，同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は，そのすべてを記入し，通帳等の写しを添付してください。

(3)　書き切れない場合は，余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。

(4)　虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には，介護保険法第22条第１項の規定に基づき，支給された額及び最大２倍の加算金を返還していただくことがあります。